

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N^o

517

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1905, à 1 heure

Par ACHILLE SERRES

Luxation Congénitale
Postérieure de l'Épaule

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. DE LA PERSONNE, professeur.
THIÉRY, agrégé.
AUVRAY, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	P. POIRIER.
Physique médicale.....	CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BLANCHARD.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophthalmologique.....	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESCRIZ.	LAUNOIS.	POTO 'KI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	WARR.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELMR.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNÉO.	LABBE.	MÉRY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de ce travail, il est une obligation à laquelle nous ne pourrions nous soustraire, sans manquer à celui de nos devoirs peut-être le plus sacré. Nous devons trop, en effet, aux maîtres qui ont contribué à notre instruction médicale, et c'est à ce titre que nous voulons leur apporter ici, bien faible témoignage de reconnaissance, nos remerciements les plus sincères et notre plus profonde gratitude. L'ensemble de nos connaissances n'est, en somme, que l'ébauche de leur savante érudition.

A l'école de Besançon, où nous avons fait nos trois premières années d'études, nous avons trouvé non seulement des maîtres sincères, mais encore, si nous n'avions crainte de parler peut-être un peu trop familièrement des amis profondément dévoués.

A la Faculté de Paris, c'est avec le plus grand intérêt que nous avons assisté aux leçons et aux consul-

tations de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis.

A la clinique obstétricale de l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Lepage nous a donné sur l'art et la pratique des accouchements, des notions d'une valeur tout à fait spéciale.

A l'hôpital Necker, nous ne saurions assez dire combien nous furent profitables les cliniques de M. le professeur Berger, notre dévoué président de thèse. C'est à lui que nous devons d'avoir eu l'honneur et, je dirai même la chance de traiter un sujet aussi intéressant.

INTRODUCTION

Il est curieux de constater combien peu d'attention les savants dont les noms illustrent l'histoire médicale ont apporté à l'étude de la luxation congénitale de l'épaule. On peut dire qu'autant celle de la hanche a été l'objet d'études sérieuses et approfondies, autant celle qui nous intéresse, a été laissée jusqu'ici dans la plus complète obscurité.

Peut-être la rareté des faits, le manque d'observations, constituent-ils la cause de cette lacune ; on remarque bien ça et là, à des époques diverses et sans lien entre elles, des observations suivies de quelques idées sur l'affection en question, mais aucun auteur ne s'est livré à la synthèse complète de ces faits relatés, aucun n'en a dégagé un travail d'ensemble méthodique et fini.

Or, l'étude des luxations congénitales de l'épaule en général n'ayant pas été faite, pour ainsi dire, on ne sera pas étonné de ne trouver aucun traité des luxa-

tions congénitales postérieures en particulier. Nous n'avons pas la prétention de vouloir réparer cet oubli, la tâche serait au dessus de notre force et, il faut bien le dire, une thèse ne serait pas suffisante pour cela. Nous nous efforcerons seulement, d'après les bienveillants conseils de M. le professeur Berger, de présenter une courte description de cette rare affection, d'en décrire successivement l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic et le traitement, puis nous relaterons à la fin le plus grand nombre d'observations que nous avons pu réunir. Heureux, serions-nous, si ces quelques pages pouvaient présenter quelque intérêt, et être quelque peu utile à ces sciences si passionnantes qui sont : la médecine et la chirurgie ».

OBSERVATION I

Luxation congénitale sous-épineuse.

C'est le cas suivant, dont nous allons décrire l'observation, qui nous a valu de soutenir notre thèse sur la luxation congénitale postérieure de l'épaule.

Une jeune fille de 9 ans, nommée Marie Devault, habitant à Paris, 43 boulevard Hugo, fut présentée à M. le professeur Berger à l'hôpital Necker dans les premiers jours du mois de novembre 1904. Sa mère est bien portante ; son père est mort à 38 ans d'une maladie de la poitrine ; les grands parents avaient bonne santé. On ne trouve aucune tare héréditaire. Comme antécédents personnels rien non plus à signaler, si ce

n'est qu'au moment de la naissance, l'accouchement fut très laborieux et nécessita une sérieuse application de forceps.

Cette petite fille paraît être atteinte d'une paralysie infantile du membre supérieur gauche ; ce dernier reste inerte, mais la flaccidité fait défaut et il y a plutôt de la rigidité de l'articulation scapulo-humérale ; on est frappé par la déformation de l'épaule qui n'est pas aussi globuleuse que l'autre et par l'attitude du membre qui est caractéristique, il est en abduction, en rotation interne ; il y a pronation en arrière et en haut ; l'avant bras reste fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras.

Toutes ces parties du membre ont un aspect maladif.

Si par la palpation on recherche la tête humérale on ne la trouve plus à sa place naturelle, mais sous l'épine de l'omoplate, exactement sur le prolongement de l'axe de l'humérus ; mais on n'arrive pas à la faire tourner en imprimant des mouvements de rotation à l'humérus, car il y a ici immobilité complète, ankylose très prononcée. A la partie antérieure de l'épaule, sous l'acromion, on trouve une dépression, et si l'on palpe la cavité axillaire, on n'y sent pas de corps répondant à la tête humérale.

L'omoplate suit tous les mouvements du bras et ce sont les scapulaires et le trapèze, beaucoup plus que le deltoïde, qui le font monvoir. Cependant le deltoïde est sain ; le biceps et le brachial antérieur ne sont pas encore très atteints, mais le triceps et le vaste interne ne fonctionnent plus et l'extension est rendue impossible ; c'est qu'il y a paralysie tronculaire du radial portant surtout sur la partie inférieure du membre. Les fléchisseurs sont conservés ; la pronation est bonne, la supination, par contre, très faible ; la préhension est suffisante mais ne s'effectue que par l'extension des doigts. C'est en somme une paralysie partielle, une paralysie du radial seulement ; le

médian et le cubital sont sains. En raison de cette paralysie, les mouvements volontaires du membre sont très gênés et c'est ce qui explique l'atrophie musculaire.

Il y a en plus une gracilité particulière du squelette ; l'humérus, le radius et le cubitus sont plus courts du côté malade ; ils paraissent avoir été frappés d'arrêt de développement.

Ce cas est évidemment une luxation congénitale d'origine obstétricale, et ce diagnostic est établi d'après les commémoratifs, d'après l'absence de vices de conformation héréditaires, d'après, enfin, les caractères spéciaux que revêt ici l'affectation, notamment l'ankylose.

L'opération fut pratiquée le 21 décembre 1904 à l'hôpital Necker, par M. le professeur Berger. Une incision fut faite partant postérieurement de l'épine de l'omoplate par dessus l'articulation acromio-claviculaire et arrivant au bord antérieur du deltoïde ; après avoir écarté le lambeau, M. Berger scia l'acromion, tomba sur l'articulation scapulo-humérale et incisa la capsule ; il ne fut rien trouvé d'anormal comme constitution. La réduction fut faite et la plaie recousue ; le membre fut placé pendant quelques jours dans un appareil.

Le 12 janvier l'état de la malade était satisfaisant ; à ce moment on commença à faire exécuter des mouvements au membre lésé et à pratiquer du massage.

Nous avons revu souvent la malade depuis, et actuellement nous avons constaté une très grande amélioration, surtout au point de vue attitude du membre ; les mouvements d'élévation seuls restent assez limités, mais cela est dû probablement à une sorte d'ankylose qui s'est formée entre la tête humérale et l'acromion de sorte qu'on ne peut élever le bras sans faire mouvoir l'omoplate. Les muscles ont repris leur activité. Les séances de mouvements et de massage vont être continuées et il est probable que la guérison finira par être complète.

HISTORIQUE

Les luxations congénitales de l'épaule ont une histoire récente ; il n'en n'est pas de même des luxations congénitales en général puisque, d'après les recherches de Loignon, Hippocrate en parle en les traitant de « luxations de naissance ». Ce n'est qu'en 1839, dans le journal de Dublin, que l'on trouve un rapport sur la difformité qui nous occupe ; ce rapport est de William Smith. Deux ans plus tard, une curieuse observation de ce genre de lésion nous est rapportée par un médecin de Poitiers, nommé Gaillard ; (1) deux ans plus tard encore, paraît une nouvelle observation de Duval (2) ; et la même année Guérin (Jules) étudie la luxation congénitale, surtout au point de vue étiologique.

Depuis, Nélaton, Cruveilhier, Malgaigne, Robert,

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1841.

(2) *Revue des spécialités*, 1843, p. 227.

Bouteiller, Notta, ont fait sortir quelque peu la question de l'obscurité dans laquelle elle était plongée ; nous citerons particulièrement la fameuse thèse de Robert sur les vices congénitaux de conformation des articulations (thèse de professorat, Paris, 1851).

Enfin en 1866 paraît une thèse célèbre, celle de Loignon, intitulée « Luxations congénitales de l'épaule » ; nous ne craignons pas d'avouer que nous y avons puisé beaucoup de renseignements. Renault, en 1877, étudie spécialement les luxations sous-épineuses et relate quelques cas de ces lésions, d'origine congénitale. Petit, la même année, à propos des « luxations scapulo-humérales en arrière » consacre quelques pages aux déplacements congénitaux. En Amérique, il semble que les chirurgiens se soient beaucoup plus occupés de la question et nous relevons des noms célèbres tels que Cumston, Phelps et Küdder. Citons en dernier lieu le traité de M. Kirmisson sur les « maladies chirurgicales d'origine congénitale » dont une page, une seule malheureusement, parle de la luxation congénitale de l'épaule, et nous aurons un aperçu général de l'historique si courte de la curieuse affection que nous étudions.

ÉTIOLOGIE

La notion de la cause dans la luxation congénitale est, de toutes, celle qui paraît la plus importante et, on peut le dire, la plus difficile ; nous avons trouvé dans la remarquable thèse de Loignon, à propos de l'étiologie de cette affection, des pages si claires et à la fois si complètes que nous penserions manquer à notre devoir en ne les reproduisant pas ici et nous ne saurions du reste faire mieux qu'il n'a fait. Nous verrions alors, après l'exposé de cette étiologie générale, comment pourront être établies les causes spéciales des luxations congénitales postérieures de l'épaule.

Suivons donc pour commencer le plan de Loignon :

1^o Théorie de l'hérédité et des vices de conformation congénitaux.

Dupuytren dans son fameux mémoire sur les déplacements congénitaux du fémur attribue les luxa-

tions intra-utérines à un vice de conformation originel, à un défaut dans l'organisation primitive des germes, et il explique ainsi les vices de conformation héréditaires. Cette influence de l'hérédité est admise par Geoffroy Saint-Hilaire. « On sait, de tout temps, dit cet illustre savant, que les parents, comme ils transmettent à leurs enfants, leur constitution physique, leurs traits et jusqu'à leurs qualités morales et intellectuelles, leur transmettent souvent aussi les anomalies d'organisation dont ils peuvent être affectés dans une ou plusieurs parties de leur corps.

Tantôt le père ou la mère ne lèguent ce triste héritage qu'aux enfants de leur sexe, soit du sexe opposé ; tantôt, au contraire, ils le transmettent également à des enfants des deux sexes, et les maux d'un individu deviennent ainsi ceux d'une race entière. Quelquefois même un individu complètement normal, mais issu de parents mal conformés, voit renaître dans ses enfants les anomalies qui avaient affligés ceux-ci. L'explication de tous ces faits est hors de la portée de la science actuelle, mais leurs preuves ne sont malheureusement que trop multipliées et trop positives. » (Tératologie, t. III, p. 318.)

C'est surtout Robert qui a développé la théorie de l'hérédité à l'appui de laquelle il a cité plusieurs observations. Ambroise Paré avait dit bien avant : « Que les boiteux engendrent les boiteux non pas toujours mais le plus souvent. »

Quant aux vices de conformation congénitaux et individuels, ils ont été attribués par Breschet à un arrêt de développement ; ainsi, ce chirurgien, considérant la luxation congénitale du fémur, la rattache aux lois qui président aux évolutions embryonnaires et la considère comme un résultat de l'arrêt de développement de la cavité cotyloïde. Cette théorie est comprise dans celle beaucoup plus élastique, plus large et plus vague qui attribue les malformations articulaires à une aberration de la force formative, du *nisus formativus*. Cumston, chirurgien américain contemporain, admet que dans la luxation vraiment congénitale, il y a toujours un arrêt de développement des os qui entrent dans la formation de l'articulation de l'épaule.

Mais ces explications ne sont pas encore la rigoureuse exposition du fait ; car, si l'anatomie pathologique nous apprend que, dans les luxations congénitales, l'articulation est vicieusement développée dans quelques-unes de ses parties, qu'il y a malformation, en un mot, nous pouvons nous demander si cette malformation est primitive ou consécutive, si elle est cause ou effet.

L'arrêt de développement et les déformations des parties articulaires peuvent n'être que le résultat, la conséquence de la luxation ou de la cause de celle-ci, c'est-à-dire de l'affection articulaire qui l'a produite.

2° Théorie des affections articulaires.

Il semblerait que le fœtus, soustrait à l'influence des agents extérieurs, n'accomplissant en quelque sorte que des fonctions végétatives, doive trouver dans le sein maternel un abri contre les maladies auxquelles l'homme est sujet après sa naissance. Il n'en est rien cependant et les recherches d'anatomie pathologique ont démontré que le fœtus peut être affecté de presque toutes les lésions organiques (arthrites, tumeurs blanches, etc.) auxquelles est soumis l'homme lui-même. Aussi la théorie des arthropathies fœtales est-elle appuyée sur un certain nombre de faits ; on en trouve dans Paletta et Parise ; Broco, Verneuil, Morel-Lavallée, en ont rapporté à leur tour qui offrent le plus grand intérêt.

3° Théorie ligamenteuse.

Pour Sédillot les luxations de naissance dépendent du relâchement de l'appareil ligamenteux ; la chose est réelle ; elle existe dans la plupart des cas qui ont été observés à l'épaule, mais on peut reprocher à cette théorie de n'exprimer qu'une condition de la luxation ; elle ne donne pas l'idée de la cause.

4° Théorie nerveuse.

Une troisième opinion plus vaste, plus générale, est

celle qui place le point de départ des malformations congénitales dans l'altération primitive du système nerveux. Cette idée émise par Chaussier, par Béclard, a été développée par Guérin qui, dans ses leçons publiées en 1841 dans la *Gazette médicale*, a étudié sur une vaste échelle, les difformités et les luxations congénitales dans leur corrélation avec les monstruosité du système nerveux et avec les affections convulsives chez le fœtus. Ainsi suivant Guérin le fait fondamental au point de vue des difformités et des luxations congénitales, est la rétraction musculaire, convulsive, tension continue des muscles survenant chez le fœtus sous l'influence du système nerveux. Cette rétraction qui peut affecter un ou plusieurs muscles a pour effet de rapprocher leurs attaches et de déplacer ainsi les leviers qu'ils sont destinés à mouvoir ; de là des déviations, des pressions exercées par les os contre les os eux-mêmes ou contre leurs moyens d'union, et, finalement, des subluxations et des luxations dont les modes et les degrés varient suivant la direction des muscles rétractés, suivant l'énergie et le durée de leur action.

Restreinte à l'interprétation de certaines difformités congénitales des articulations, dit Robert, la théorie de Guérin, paraît répondre à l'observation rigoureuse des faits. Mais elle ne saurait être généralisée sans méconnaître la portée d'une foule d'autres faits étiologiques. En effet on connaît des cas dans lesquels la difformité, loin d'être le résultat de la rétraction mus-

culaire, est au contraire liée à l'existence d'une véritable paralysie ; Bouvier et Verneuil font une part à la paralysie de certains muscles qui rend ainsi prépondérante l'action de leurs antagonistes. Cependant Malgaigne regarde toutes les luxations par paralysie comme essentiellement postérieures à la naissance ; cela supprime, dit-il, la plupart des luxations soi-disant congénitales si complaisamment admises jusqu'à ce jour.

5^e Théories traumatiques.

Au nombre de deux, les théories, reconnaissant comme cause des luxations congénitales certains traumatismes subis par le fœtus, sont d'une grande importance ici et surtout celle que nous décrirons en second lieu.

a) La première, établie par Cruveilhier, attribue les déplacements congénitaux à des pressions exercées sur le corps du fœtus *in utero* et à l'influence des attitudes vicieuses de celui-ci. Cette opinion remonte à Hippocrate : « Il y a encore, dit le père de la médecine, une manière dont les enfants sont mutilés ; c'est lorsque la matrice est trop étroite ; les mouvements de l'enfant qui est fort tendre se passent dans un lieu où il est trop serré ; il faut bien que les membres s'y mutilent. Il en est ainsi des racines qui viennent dans la terre ; quand il n'y a pas assez de fond et qu'elles rencontrent quelques pierres, ne deviennent-elles pas toutes tor-

tueuses, grosses dans un endroit, minces dans l'autre? Eh bien, il en arrive de même au fœtus dans la matrice si quelque partie de son corps se trouve plus serrée que l'autre. » (Édition Foés, t. II, p. 395). Comme les précédentes, cette théorie appliquée à la généralité des cas est insoutenable et, encore une fois, rien ne prouve que les attitudes du fœtus ne soient pas l'effet plutôt que la cause des vices de conformation articulaires.

b) Comme nous le constaterons plus loin dans la plupart de nos observations, une deuxième théorie, d'ordre traumatique, fournit une explication très vraisemblable de la façon dont se produisent les luxations congénitales; ce seraient les manœuvres actives, les violences extérieures subies par le fœtus au moment de l'accouchement qui produiraient ces déplacements; aussi devrait-on donner à ces luxations, l'épithète d'« obstétricales ». Au chapitre « pathogénie » nous entrerons dans une longue discussion à leur sujet et maintenant qu'il nous suffise de déclarer que cette cause, que nous avons présentée en dernier lieu, entre en première ligne dans l'étiologie des luxations congénitales postérieures de l'épaule : les faits le prouveront assez.

Telles sont les théories émises pour expliquer la production de ces déplacements spéciaux; on voit qu'elles sont nombreuses et vraiment il serait imprudent de rattacher à l'une d'elles spécialement, à l'exclusion des autres, chaque cas particulier. Nous pensons

au contraire qu'il faut la plupart du temps rechercher le point de départ de ces affections dans une association de causes diverses agissant réciproquement les unes sur les autres ; on serait alors en droit de pousser plus loin l'investigation et d'assigner à l'une d'elles le nom de cause vraiment déterminante.

Les théories précédemment décrites s'appliquent aux luxations congénitales en général ; si nous avons douté de la valeur de certaines, il ne s'ensuit pas qu'elles ne puissent entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'affection, ou plutôt de la variété d'affection qui nous occupe ; ainsi pour n'en citer qu'un exemple nous nous sommes permis de déclarer que la malformation ne pouvait s'appliquer à la généralité des cas, et nous avons prétendu qu'elle était aussi bien l'effet que la cause ; tout cela est relatif ; ainsi, dans la luxation congénitale postérieure, nous comprendrons pourquoi la malformation est plutôt primitive. Pour terminer cet important chapitre, nous noterons ce fait curieux que cette affection est beaucoup plus fréquente chez les enfants du sexe féminin que chez les autres ; à quoi l'attribuer ? A une plus grande fragilité des os et une souplesse particulière des tissus ? On ne saurait affirmer, mais le fait est certain et reconnu par tous ceux qui ont étudié la question.

PATHOGÉNIE

De même que dans les luxations accidentelles, les luxations congénitales sont plus fréquentes en avant qu'en arrière et cela tient à la disposition anatomique de l'articulation qui se trouve beaucoup plus protégée en arrière qu'en avant ; en effet, dans la partie postérieure, l'acromion descend assez bas pour rendre impossible toute luxation, pour ainsi dire, à moins que des circonstances spéciales ne viennent favoriser la chose ; ce sont justement ces circonstances que nous allons envisager pour essayer d'expliquer la formation des déplacements congénitaux en arrière ; nous les grouperons en deux classes et nous verrons après comment il est facile de remonter, à l'aide de ce qui va suivre, à la véritable étiologie des luxations congénitales postérieures de l'épaule.

a) La première condition permettant ce déplacement spécial est, en terme général, un vice de conformation de l'articulation scapulo-humérale ; il est aisé de com-

prendre que si la protection naturelle formée par l'acromion vient à manquer si la cavité glénoïde se trouve déformée et parfois déplacée, la moindre cause sera suffisante pour laisser la tête de l'humérus se luxer en arrière, et, pour peu que d'autres conditions secondaires, telles que la laxité des ligaments, l'épanchement anormal de synovie (Petit), viennent se surajouter à la première qui est seule la plus importante et que nous considérons comme nécessaire, le déplacement aura d'autant plus de facilité à s'effectuer.

b) La deuxième circonstance réside dans le traumatisme subi, soit pendant la vie intra-utérine, soit lors de l'accouchement par l'articulation, de telle sorte que la tête de l'humérus force la capsule et la barrière formée par l'acromion pour venir se loger sous l'acromion ou sous l'épine de l'omoplate ; comme précédemment d'autres conditions secondaires peuvent favoriser ce déplacement ; nous les connaissons et ne reviendrons pas sur elles. Mais ce qu'il s'agit de prouver c'est que la luxation puisse se produire indépendamment d'elles par le seul fait du traumatisme. De nombreuses expériences ont été faites à cet effet et nous allons les passer en revue. Tout d'abord déclarons avec Renault que les luxations en arrière doivent se produire par torsion, comme force éloignant la tête humérale et la projetant du côté postérieur avec plus de force et de rapidité, ou par adduction forcée en même temps que la tête humérale placée par le fait même de l'adduction sur le re-

bord inférieur et postérieur de la cavité glénoïde est lancée dans la fosse sous-épineuse ou dans sa direction.

Malgaigne essaya le premier de reproduire de semblables luxations sur le cadavre, mais il ne dit pas de quelle façon il opéra. Desprez chercha aussi à produire sur le cadavre ce genre de déplacement ; voici quels furent les résultats de ses recherches : « Il nous a été impossible, dit-il, de produire la luxation par une adduction forcée ou par des percussions violentes sur le coude et c'est seulement après avoir ouvert la capsule en arrière que nous avons pu reproduire une luxation ; la tête humérale se plaça sous l'acromion qu'elle débordait en arrière ; la luxation se réduisait très facilement en laissant retomber le bras.

M. B. Auger, ajoute M. Desprez, a reproduit sur un cadavre cette luxation et il l'a obtenue sans inciser la capsule. Après avoir fait maintenir le tronc du cadavre, il a porté le bras dans l'élévation et a fait basculer la tête humérale autour de l'acromion comme point d'appui. La capsule s'est déchirée, et, en ramenant le bras dans sa direction normale, il a obtenu une luxation en avant, puis, en portant le bras dans l'adduction et la rotation en dedans, une luxation sous-épineuse a été produite. Tillaux se basant sur la luxation sous-épineuse qu'il avait observée en 1867, à l'Hôpital Saint-Antoine essaya de la reproduire par le même mécanisme et y réussit.

Ces dernières expériences furent pratiquées sur le cadavre de tout âge et sur une table d'opération. Loignon, avant eux, fit mieux et se plaça dans des conditions plus nettes et plus appropriées au but de la démonstration ; il mit le cadavre d'un fœtus dans un mannequin d'accouchement, la tête étant dégagée et les épaules se présentant dans une direction transversale. Tandis qu'un de ses camarades comprimait avec ses deux mains les bras du sujet et les tenait fortement appliquées sur les côtés du tronc, de manière à imiter autant que possible l'action de l'utérus, il introduisit un doigt dans l'aisselle pour effectuer le mouvement de rotation en employant une grande force pour y parvenir ; après quoi il exerça directement sur l'aisselle de fortes tractions pour opérer le dégagement : « Mais le plus souvent, dit-il, je n'ai pu obtenir aucun résultat en ne me servant que de mes doigts ; j'employai alors un crochet mousse, me plaçant ainsi dans les circonstances indiquées par M. Duchesne et M. Notta. A l'aide de ce moyen je produisais certainement non pas une luxation mais le décollement de l'épiphyse ; je m'efforçai, dans de nouvelles expériences d'agir plus directement sur la tête humérale, cherchant autant que possible à déterminer un déplacement, mais ce fut en vain ; je ne produisais qu'une divulsion. Enfin j'ai mis à découvert l'articulation et j'ai répété mes expériences, agissant tantôt directement sur la tête humérale, tantôt allongeant le

bras de levier en saisissant l'humérus par son extrémité inférieure et j'affirme que toujours la capsule a résisté. En admettant la possibilité d'une véritable luxation, comment considère-t-on ce déplacement? Sera-ce avec une rupture de la capsule ou avec son intégrité? Ce ligament est assez lâche à la vérité, mais il ne l'est pas suffisamment pour permettre à la tête humérale d'abandonner la cavité glénoïde et je ne crois pas que l'on puisse expliquer de cette façon un déplacement permanent des surfaces qui d'ailleurs en raison de leur structure cartilagineuse, offrent une certaine souplesse qui favoriserait singulièrement le retour de la tête dans sa position normale, si on admettait qu'elle pût s'en écarter.

Ce serait donc à la suite d'une rupture des liens articulaires que se produiraient les luxations dites : obstétricales. Alors comment agira la force qui doit amener cette rupture? Sera-ce directement sur la tête humérale qu'elle aura son application? Mais l'interposition des parties molles et la résistance déjà signalée de la capsule m'autorisent à douter de l'efficacité de ce mécanisme. Ou bien les choses se passeraient-elles comme on le voit le plus souvent chez l'adulte, et l'humérus agissant prendrait-il un point d'appui sur le pourtour de la cavité glénoïde ou même sur l'acromion, et la résistance du ligament serait-elle vaincue par ce moyen? Mais pour réaliser cette théorie il faudrait que l'humérus qui représente le bras du levier offrit une

résistance assez considérable, or c'est ce qui n'existe pas ; il cède à l'union de la diaphyse avec l'épiphyse. Le même accident se produira si on opère une traction sur la partie moyenne ou même l'extrémité supérieure de l'humérus, de manière à agir avec cet os comme avec un levier interpuissant, ainsi que cela doit se passer quand on introduit le doigt ou un instrument dans l'aisselle ; c'est encore un décollement qui se produira. »

Voilà ce que dit Loignon comme conclusion de ses expériences ; pour lui, en somme, on ne peut produire qu'un décollement épiphysaire. Nous nous permettrons de faire deux objections au sujet du résultat obtenu par ces diverses opérations. Premièrement, c'est sur le cadavre et sur un mannequin que furent réalisées ces expériences ; or qui prouve que les choses se passent de même sur un fœtus bien vivant et situé dans des conditions spéciales impossibles à reproduire exactement dans les divers essais effectués ? Notre seconde objection, plus positive et par conséquent plus forte que la première, est la suivante : il est très bien d'essayer de reproduire une lésion par des expériences, mais encore faut-il se placer dans toutes les conditions supposées nécessaires à la réalisation du fait que l'on veut reproduire. Nous avons déclaré, au début de ce paragraphe, que des circonstances secondaires, telles que la laxité des ligaments, l'épanchement anormal de synovie, peuvent favoriser le déplacement. Or, si

nous expérimentons sur un organe présentant ces diverses conditions, il se peut très bien qu'on arrive à un résultat positif; la chose est presque impossible à faire, mais de ce qu'on n'a pas pu la réaliser, on n'a pas le droit de conclure d'une façon formelle d'après des expériences incomplètes, à la non-possibilité de la lésion. C'est pourquoi nous admettons très bien la luxation traumatique, mais nous la ne concevons possible que si d'autres causes prédisposantes viennent, en quelque sorte, préparer le terrain et nous aurons alors deux variétés de ces déplacements: premièrement la luxation congénitale produite par le traumatisme maternel ou par le fœtus lui-même se déplaçant dans l'utérus, deuxièmement, la luxation congénitale produite par les diverses manœuvres durant l'accouchement. Les premières sont nettement congénitales; quant aux secondes, nous ne voyons pas pourquoi nous leur refuserions le même titre et bien qu'on tienne à les nommer ordinairement obstétricales, nous admettons avec Phelps, de New-York, qu'elles appartiennent au groupe des affections congénitales. Les observations II, III, IV, V, VI, X, XI, XIV, XV, XVI, ainsi que celle qui a été la base de notre thèse et que nous avons décrite au début, en sont des exemples indubitables.

Comme nous le disions auparavant, l'étiologie véritable des luxations congénitales postérieures de l'épaule ressort nettement des données de la pathogénie. Deux théories, parmi celles qui ont été mentionnées, sont

suffisantes pour établir la cause des affections qui nous occupent, en premier lieu la théorie de l'hérédité et des vices de conformation congénitaux et en second la théorie traumatique se subdivisant en deux classes. Nous avons clairement exposé les luxations dues à cette dernière théorie et en avons cité les observations ; quant aux autres cas que nous avons relatés plus loin ; il est beaucoup plus difficile de prouver qu'ils sont dus à l'hérédité ou aux vices de conformation congénitaux. L'anatomie pathologique seule est à même de démontrer que les hypothèses que nous avons formulées au sujet de leur pathogénie étaient bien fondées. Finalement nous pensons que simultanément et le vice de conformation et le traumatisme peuvent agir pour produire la luxation congénitale postérieure ; nous jugeons inutile de le prouver, cela se conçoit naturellement.

Voyons maintenant combien de variétés de cette affection nous devons avoir non plus au point de vue étiologique mais au point de vue anatomique. Si la tête luxée vient se placer sous l'acromion nous aurons une luxation sous-acromiale qui sera complète si cette tête vient se placer sous l'angle de l'acromion ou incomplète si elle repose sur le bord postérieur de la cavité glénoïde. Puis si la tête de l'humérus vient se loger sous l'épine de l'omoplate, la luxation sous-épineuse dans la fosse de même nom sera réalisée.

Enfin il se peut, d'après Berta-Lewis, que la luxation soit sus-épineuse ; nous ne connaissons qu'un cas authentique de cette variété de luxation en arrière et nous l'avons rapporté à la fin de nos observations.



SYMPTOMES

MARCHE. DÉVELOPPEMENT

Lorsqu'on est appelé à consulter un enfant nouveau-né atteint soi-disant d'une paralysie du membre supérieur, il faut toujours penser à la luxation congénitale de l'épaule et voir si cette articulation ne présente rien d'anormal ; en effet, dans la plupart de nos observations, on peut constater que les parents d'un enfant porteur d'un déplacement congénital se sont effrayés de la paralysie, de l'inertie du bras de cet enfant et ont quéri un médecin pour remédier à la chose. Ce dernier, influencé par les déclarations de l'entourage, se borne à prescrire des frictions, du massage, et la luxation passe inaperçue. Quelques temps après on s'aperçoit que le traitement n'agit pas et en plus, l'enfant ayant essayé de mouvoir son bras par tous les moyens possibles, la maladie change complètement d'aspect ; l'épaule devient difforme, le bras se tord sur

lui-même; enfin le médecin est rappelé, et, à ce moment il se rend compte de l'erreur commise. C'est que l'enfant a fini par faire exécuter au membre des mouvements de plus en plus étendus et à transformer un déplacement incomplet de sa tête humérale en une luxation bien caractérisée et bien manifeste; en somme il n'y avait pas de paralysie, mais simplement de la contracture du membre, gêne des mouvements, impotence momentanée du membre disparaissant à la longue par l'éducation et l'exercice; peut-être dans certains cas existait-il une paralysie, mais celle-ci n'était que secondaire à la luxation et en plus incomplète, n'intéressant que quelques muscles et n'empêchant pas tout mouvement. Or donc la déformation s'accroît et à ce moment la luxation est reconnue.

Que voit-on? Quels sont les symptômes permettant de diagnostiquer une luxation postérieure dont on soupçonne l'origine congénitale?

C'est ce que nous allons étudier.

Commençons par la luxation sous-acromiale, la plus fréquente puisque, sur vingt de nos observations, nous en trouvons onze; de ces onze cas disons en passant que six sont nettement d'origine obstétricale.

A l'inspection, on est tout d'abord frappé par la déformation de l'épaule qui n'est point arrondie comme celle du côté opposé; elle se trouve aplatie en avant, tandis que l'acromion fait saillie en dehors; la plupart

du temps le moignon de l'épaule est plus élevé, parfois abaissé, moins développé qu'à l'état normal. En arrière, on remarque une saillie sous acromiale et plus bas une seconde proéminence qui n'est autre que l'angle inférieur de l'omoplate, souvent surélevée.

Le bras pend inerte le long du corps en abduction plus ou moins marquée, le coude écarté de la paroi thoracique et projeté un peu en avant et en dedans, l'olécrane regardant en dehors. L'humérus est toujours en rotation interne. L'avant-bras est fléchi à divers degrés sur le bras, en pronation ainsi que la main qui regarde en arrière par sa face palmaire. On remarque enfin souvent une légère incurvation de la colonne vertébrale dont la convexité est tournée du côté de l'épaule saine et un arrêt de développement du thorax et du membre thoracique du côté malade.

Par la palpation on sent à la face antérieure de l'épaule une dépression sous-acromiale due à ce que la tête de l'humérus se trouve déplacée ; en effet, on la reconnaît très bien en arrière, située qu'elle est sous la partie postérieure de l'acromion et il est facile de s'en convaincre en imprimant des mouvements de rotation à l'humérus ; ces mouvements sont communiqués à cette tumeur ronde et saillante à moins qu'il n'y ait, comme on le verra tout à l'heure, complète ankylose. L'apophyse caracoïde et l'acromion deviennent par ce fait plus perceptibles à la palpation ; la cavité glenoïde dans sa moitié antérieure peut par-

fois même être sentie quand les parties molles qui la recouvrent sont suffisamment atrophiées.

Si on fait exécuter au membre malade des mouvements de rotation et de circumduction on s'aperçoit qu'ils s'effectuent très difficilement ; il en est de même de ceux d'abduction en arrière et d'élévation, et souvent on les voit se communiquer à l'omoplate, indice certain d'une ankylose. Cette dernière n'est pas toujours complète ; la tête de l'humérus contracte le plus souvent des adhérences partielles n'opposant pas un obstacle absolu à sa mobilité.

Notons en passant que cette ankylose manque rarement dans les luxations obstétricales dont elle constitue un bon signe de diagnostic.

Il arrive fréquemment que l'on provoque de vives douleurs en cherchant à produire ces divers mouvements.

Quant aux mouvements volontaires ils sont en général faibles et limités, le malade peut à peine élever sa main jusqu'au front ou au menton ; il lui est impossible par exemple de se raser et de se coiffer, s'il est droitier ; l'abduction et l'adduction sont très imparfaites ; le bras ne peut être porté en arrière ; la flexion de l'avant-bras sur le bras est bonne mais l'extension n'arrive jamais à être complète ; la préhension, la pronation s'effectuent assez facilement mais souvent les doigts seuls s'étendent. La faiblesse dans ces divers mouvements est très variable ; parfois elle n'existe pas du tout.

Par la mensuration on constatera enfin que les os du membre thoracique du côté malade sont plus courts que ceux du côté sain; ainsi dans le cas que nous avons observé à l'hôpital Necker l'humérus avait une longueur de 20 centimètres au lieu de 22, longueur de l'autre os normal.

La circonférence du membre malade est aussi diminuée, et cela est dû à l'atrophie toujours progressive des muscles; le deltoïde, le triceps et le vaste interne sont les premiers atteints; quant au biceps il reste sain sans qu'il se trouve cependant bien développé.

Voilà quels sont les signes généraux d'une luxation congénitale postérieure de la variété sous-acromiale. En vérité la plupart de ces symptômes se retrouvent dans la luxation sous-épineuse et nous nous contenterons d'exposer en quelques lignes en quoi cette dernière variété diffère de la première.

Tout d'abord la tête humérale ne se retrouvera plus sous le bord postérieur de l'acromion mais sous l'épine de l'omoplate dans la fosse sous-épineuse où elle sera reconnue comme on le sait. La cavité glénoïde sera plus facilement sentie dans son contour entier. On notera enfin plus de rotation interne du membre et plus de difficulté dans les mouvements, surtout dans ceux d'élévation.

Nous avons vu que les luxations congénitales sous-épineuses sont moins fréquentes que les autres; ajoutons que nous n'y trouvons que quatre cas d'origine

nettement obstétricale sur huit observations, tandis que nous en avons relevé six sur onze dans les sous-acromiales, par conséquent il en résulte que la luxation obstétricale appartient le plus souvent à la variété sous-acromiale.

Quelles sont les complications des luxations congénitales postérieures de l'épaule? Il y en a deux.

1° *L'anhylose* dont nous avons déjà parlé et qui devient ici un épiphénomène presque favorable, puisqu'elle permet aux muscles puissants mouvant l'omoplate de transmettre leur action, par l'intermédiaire de cet os, au bras correspondant.

2° *La paralysie.* — Alors que dans les luxations congénitales antérieures la paralysie est, en général, la cause de l'affection, ici elle devient la conséquence du déplacement, et de quelle façon? Question qui a été très discutée et que Martin a bien mis au jour dans sa thèse intitulée : « Pathogénie des paralysies dans les luxations. » On a invoqué plusieurs théories, et nous allons rapidement les passer en revue.

a) *Paralysie par arrachement des nerfs*; soit qu'on ait réduit la luxation ou que l'on ait essayé de la réduire avec une grande violence, soit que l'allongement du bras pendant la production du déplacement ait provoqué une déchirure nerveuse. On ne conçoit guère la possibilité du fait, étant donné qu'il faut une traction excessivement forte pour rompre des nerfs; des expé-

riences à ce point de vue ont été réalisées et ont rendu cette théorie inadmissible.

b) Paralysie par élongation simple. — Mais on a démontré que l'élongation des nerfs n'amène pas de paralysie musculaire et atteint au contraire la sensibilité. Or, comme on retrouve toujours la sensibilité dans les membres paralysés par luxation de l'épaule, cette théorie devient inexacte.

c) Paralysie par commotion nerveuse. — C'est la théorie de Malgaigne, qui n'hésite pas à dire : « La commotion produite par le choc ou par la chute qui a déterminé le déplacement est la cause la plus habituelle des paralysies du membre supérieur. » Cette théorie est renversée par le seul fait qu'on ne comprend pas pourquoi les luxations de l'épaule aurait le fâcheux privilège de s'accompagner de paralysies alors que les fractures et les simples contusions n'en sont qu'excessivement rarement accompagnées.

La seule opinion aujourd'hui admissible et soutenue par Van-Swieten, Desault, Nélaton et Martin repose sur la compression des nerfs du plexus brachial par la tête humérale luxée. C'est celle que nous estimons aussi la plus vraisemblable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE



Dans la plupart des cas, lorsqu'on examine une luxation congénitale sur un fœtus ou un nouveau-né, on trouve seulement les ligaments allongés, les surfaces articulaires à peu près dans l'état normal et l'articulation ne contenant pas plus de synovie qu'à l'ordinaire; quelquefois cependant la synovie se trouve en plus grande abondance, comme l'a trouvée Parise (Malgaigne). On trouve parfois toutes les lésions d'arthrite : ramollissement des ligaments, de l'os, synoviale recouverte de fausses membranes et contenant un liquide sanieux. Ce sont là, comme on le sait, les mêmes conditions que dans les luxations pathologiques; quant aux cas de luxations traumatiques, on n'en possède pas d'autopsie et ce n'est qu'après avoir fait une opération intéressant la région affectée qu'on peut se rendre compte de l'état des parties entrant dans la formation de l'articulation de l'épaule. Ainsi, dans l'Observation XIV, nous trou-

vons que, dans une luxation obstétricale mentionnée par M. Phelps, la cavité glénoïde avait été arrachée dans sa partie postérieure.

Dans l'opération pratiquée par M. le professeur Berger, à l'hôpital Necker, l'articulation de l'épaule ne semblait pas être atteinte d'un vice de conformation quelconque ; toutes les parties entrant dans sa composition étaient normales.

Bouteiller, d'après Malgaigne, a disséqué une luxation de l'épaule chez une femme de 31 ans, qui l'attribuait à une chute faite à l'âge de 2 ans ; l'intégrité de la capsule articulaire attestait du moins qu'il ne s'agissait pas d'une luxation traumatique et les muscles bien qu'atrophies n'offraient pas la dégénérescence graisseuse de la paralysie. La cavité glénoïde, à peine concave, était dépourvue de cartilage ; la tête humérale portée en dessous et un peu en dedans, appuyant sur l'omoplate par l'intermédiaire de la capsule était également dépourvue de cartilage, sauf dans les points en contact avec le bourrelet glénoïdien. (Bulletin de la Société anatomique, 1849, p. 59.)

En somme, cette dernière dissection ne se rapportant pas au sujet qui nous occupe, puisqu'elle fut pratiquée sur une luxation inféro-interne, on ne trouve aucune observation donnant quelques détails sur l'anatomie pathologique de la luxation postérieure de l'épaule, sauf celle, très intéressante du reste, de Smith, que nous avons rapportée tout au long plus loin. La cavité

glénoïde était déformée ou plutôt transportée en arrière de sa place naturelle, reconnaissable pourtant à son cartilage d'incrustation et au bourrelet glénoïdien conservé intact. La tête humérale avait subi une déformation en rapport avec celle de sa cavité; et encore peut-on reprocher à cette affection son origine douteuse quoique la symétrie de la lésion ne permette guère de douter qu'elle soit congénitale. Pour éviter des redites, nous prions le lecteur de vouloir se reporter plus loin au chapitre « observations » et de lire tous les détails si instructifs au point de vue anatomo-pathologique, qui sont contenus dans la huitième.

Si nous considérons que la plupart des luxations congénitales ne sont au fond que des luxations pathologiques intra-utérines, il est naturel que nous y trouvions absolument les mêmes altérations : usure des surfaces articulaires du côté de la concavité, épaissement du côté de la convexité, rétraction, absorption, disparition complète des ligaments, ce qui fait que les os arrivent en contact et se soudent, relâchement ou même déchirure de la capsule, atrophie, pâleur et dégénérescence des muscles, etc.

Par l'anatomie pathologique on peut faire un diagnostic presque certain, non pas de l'origine congénitale de la luxation, puisqu'il y a identité des lésions avec celles de la luxation pathologique, mais un diagnostic différentiel de l'origine traumatique ou purement congénitale, dans le cas où il serait prouvé que la luxation ne

s'est pas produite après la naissance. Mais pour ce faire, il faudrait se livrer à l'examen anatomo-pathologique le plus tôt possible, soit au cours d'une opération, soit par l'autopsie, car, plus tard, on pourrait s'exposer à prendre pour primitives, des déformations, des altérations diverses qui ne seraient que consécutives à la luxation.

Comme on le voit, l'affection qui nous occupe est une des rares maladies dont l'étiologie est uniquement basée sur les commémoratifs et sur l'anatomie pathologique. Les symptômes ici ne seront d'aucun secours, à l'encontre des autres affections en général, pour permettre de trouver la véritable cause du phénomène morbide.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des luxations congénitales postérieures présente quelquesfois de très grandes difficultés ; étant donnée une luxation de l'épaule congénitale, il est toujours facile de voir si elle appartient à la variété antérieure ou postérieure et, si elle fait partie de cette dernière, de la ranger parmi les sous-acromiales ou les sous-épineuses ; mais justement le point délicat du diagnostic est : premièrement, de bien reconnaître la luxation et, deuxièmement, d'établir sa véritable origine. .

Le diagnostic peut être considéré dans trois circonstances. D'abord à la naissance, puis lorsque l'enfant commence à faire usage de son membre, et enfin dans un âge plus avancé.

Lors de la naissance la luxation de l'humérus échappe facilement à une investigation superficielle. Smellie, dans un cas relaté par Malgaigne, ne s'aperçut pas qu'un enfant qu'il avait délivré, avait l'épaule

luxée. La majeure partie des observations font voir que les luxations congénitales de l'épaule ont été méconnues à la naissance, de telle sorte que souvent il faut une complaisance fort peu scientifique pour leur assigner une origine congénitale ; cependant si les commémoratifs sont de bonne source et si l'on ne trouve aucune autre cause pour expliquer la luxation la chose est permise. On comprend aisément comment des erreurs de diagnostic se commettent dans ces cas si embarrassants ; l'enfant ne se sert pas de ses membres ; s'il souffre, il n'accuse pas le lieu de la gêne ni de la douleur et la difformité se dérobe facilement à l'épaule pour peu qu'il y ait d'embonpoint. Aussi les accoucheurs doivent-ils faire mouvoir tous les membres pour s'assurer du jeu libre de toutes les jointures. Mais une fois que l'on a trouvé une articulation entravée ou déformée, est-ce bien à une vraie luxation qu'on a affaire ? N'est-on pas en présence d'une scapulalgie, d'une pseudo-luxation ?

Enfin, la luxation reconnue, est-elle congénitale ou obstétricale ? Pour nous, cette dernière question est de beaucoup celle qui présente le moins d'importance, puisque nous rangeons les luxations de naissance parmi les luxations purement congénitales ; mais pourtant il est parfois utile de la résoudre ; ceci est très difficile et, encore une fois, les commémoratifs seuls sont à même d'apporter ici quelques lumières. L'accoucheur sait comment est venu l'enfant, quels efforts il a fait

pour l'extraire, mais trop souvent la crainte d'une périlleuse responsabilité, empêche de mettre au jour ces circonstances.

Si la luxation a échappé de prime abord, elle ne se révèle guère que vers l'âge d'un à deux ans, ou même plus tard, et alors de nouvelles questions s'élèvent ; il s'agit de savoir si la luxation est traumatique ou pathologique, ou purement congénitale. On sait combien de fois les nourrices ont été accusées, soit d'avoir yicieusement emmaillotés leurs nourrissons, soit de les avoir laissé tomber, et l'on comprend tout l'intérêt qu'elles ont à nier leur faute. On voit que le diagnostic devient très difficile et qu'il augmente avec l'âge du malade.

Voyons rapidement quelles sont au début les principales maladies avec lesquelles on peut confondre la luxation congénitale de l'épaule.

1° La laxité congénitale des ligaments articulaires.

Mais dans cette affection, s'il y a luxation, celle-ci n'existe pas à l'état de repos ; elle se produit avec la plus grande facilité sous le moindre effort et ne persiste pas, une fois qu'elle est réduite.

2° La paralysie obstétricale.

D'après Cumston, cette paralysie est caractérisée

par son siège dans le deltoïde (ce qui indique une paralysie radiculaire) dans le sous-épineux et les muscles fléchisseurs de l'avant-bras; pour lui le trapèze est rarement intéressé. La sensibilité est conservée dans tout le membre, mais si on étudie les réactions électriques des muscles paralysés, on trouve qu'ils ne réagissent pas au courant faradique ou très faiblement. Au début du moins ils répondent au courant galvanique. Or ce qui distingue la paralysie obstétricale de la luxation, c'est que dans cette dernière affection les muscles conservent leurs fonctions et leur excitabilité électrique.

3° *La pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot.*

La localisation est la même que dans la maladie précédente, mais il y a manifestation plus tardive, six semaines, deux mois après la naissance. Elle coïncide avec des lésions plus ou moins avancées du squelette et avec des lésions cutanées ou muqueuses (plaques, coryza, syphilides diverses, etc.).

4° *La paralysie d'origine cérébrale.*

Mais celle-ci est exceptionnellement monoplogique; elle affecte presque toujours la forme hémiplogique et intéresse à la fois le membre et le facial inférieur.

Plus tard on doit diagnostiquer la luxation congénitale de deux séries distinctes d'affections :

1) Le rhumatisme articulaire, ce qui est simple, ou la vieille tumeur blanche de l'épaule avec luxation spontanée, ce qui est beaucoup plus difficile, puisque la scapulalgie peut dater de la vie intra-utérine.

2) Les nombreuses affections nerveuses, telles que : maladie d'Hoffmann, maladie ou type juvénile d'Erb, type Landouzy-Déjerine et surtout paralysie spinale infantile; c'est à cette dernière infirmité que l'on a attribué pendant longtemps toutes les prétendues luxations congénitales de l'épaule, à seule fin probablement de simplifier leur étude.

Outre leurs signes particuliers, leur étiologie bien spéciale, toutes ces affections seront nettement séparées de celle que nous étudions par deux phénomènes importants qui sont : l'excitabilité électrique et la réaction de dégénérescence. Ces deux faits leur appartiennent à des degrés divers, il est vrai, mais on ne les retrouve jamais dans les luxations congénitales de l'épaule.

En somme diagnostic très difficile. Le chirurgien ne doit négliger ni les commémoratifs, ni l'examen. Que d'erreurs ont été commises, souvent au très grand préjudice du malade, par le seul fait d'une observation trop courte, trop légère et surtout trop incomplète.



PRONOSTIC

Le pronostic varie naturellement selon chaque espèce de luxation, mais beaucoup plus selon l'ancienneté du mal ; à la naissance la cure est facile en général ; les difficultés augmentent avec l'âge et à partir d'un certain moment on ne peut plus compter que sur une intervention sanglante pour tâcher d'obtenir une certaine amélioration dans les fonctions du membre. Le degré d'ancienneté de la luxation n'est pas la seule circonstance qui puisse en faire varier les chances de curabilité : il faut tenir compte aussi de l'état dynamique des muscles, de l'étendue et de la forme du déplacement des os. Les muscles disséminés autour d'une articulation malformée peuvent être rétractés par paralysie. La rétraction musculaire s'accompagne d'une atrophie plus ou moins marquée dans les malformations anciennes, mais elle n'entraîne jamais la transformation fibreuse, à part de très rares exceptions. Quelle que soit donc l'ancienneté du mal on peut espérer que

l'obstacle dû au raccourcissement des muscles étant détruit le membre peut recouvrir l'exercice de ses fonctions. Mais il n'en n'est pas de même de la paralysie. On peut agir, il est vrai, sur les antagonistes contractés et raccourcis, et obtenir ainsi le redressement du membre, mais celui-ci restera immobile et abandonné à lui-même, il sera peu à peu rendu à son état primitif. L'âge imprime à ces genres de lésions des changements anatomiques dont l'évolution en rend chaque jour la curabilité plus restreinte. En effet, les os, mous d'abord et cartilagineux, cèdent sous l'influence des pressions, des tractions, des déplacements ; puis ils s'atrophient et perpétuent désormais l'existence de la forme pathologique qui leur a été imprimée à leur origine ; les cartilages s'amincissent en divers points ou disparaissent ; les surfaces osseuses dénudées s'ébournent ; il s'établit même des ankyloses ; les ligaments se condensent et s'affaiblissent ; les muscles se raccourcissent de plus en plus, s'atrophient ou passent à l'état graisseux. Enfin l'atrophie du membre tout entier devient de plus en plus prononcée.

Donc pronostic très variable et en somme affection beaucoup plus gênante que grave.



TRAITEMENT

De même que le pronostic, le traitement varie selon l'ancienneté du mal.

A la naissance, rien de plus facile en général que de ramener les os à leur direction normale et la main y suffit presque. A la vérité ces réductions sont peu solides et la luxation se reproduit la plupart du temps dès qu'on cesse d'agir sur les os ; toutefois la contention ne paraît pas devoir être très difficile ; on peut la faire intermittente ou permanente, à l'aide d'une enveloppe de plâtre. Bouvier, d'après Malgaigne, a obtenu des cures radicales assez rapides en quelques semaines sur des genoux. La rétraction des muscles lorsqu'elle ne dépasse pas un certain degré n'y fait même point obstacle ; ensuite massages et frictions seront employés pour parfaire la guérison.

A mesure qu'on s'éloigne de la naissance, il faut s'attendre à voir augmenter les difficultés, mais une question importante est celle-ci : jusqu'à quelle époque

les luxations congénitales sont-elles réductibles ? Dans un cas cité par Smellie, au bout de quatre mois la luxation fut trouvée irréductible ; dans celui de Notta, dans celui de Duval, l'humérus, après dix et dix-huit ans, était fixé et comme soudé à l'omoplate.

Nous verrons, d'autre part, la réduction d'une luxation congénitale obtenue au bout de 16 ans dans l'observation si curieuse de Gaillard, de Poitiers. Doit-on se baser sur ce dernier cas qui est exceptionnel ? Non, au total, et bien qu'il ne soit pas impossible de réussir après l'âge de la puberté, c'est à cet âge cependant que les difficultés tendent à devenir insurmontables dans la majorité des cas. Il faut se rappeler aussi que l'irréductibilité, laquelle dépend de l'ankylose, est surtout le fait des luxations traumatiques.

Donc si on peut faire la réduction il faut tout d'abord la maintenir et ensuite lutter contre l'impotence, la paralysie, l'atrophie du membre par l'hydrothérapie, le massage, la gymnastique locale, l'électricité, etc.

Si la réduction ne peut être obtenue, la chirurgie doit intervenir, mais de quelle façon ? Faut-il pratiquer une arthrotomie avec résection ou sans résection de la tête de l'humérus ? A quel endroit faire l'incision ? Écoutons, pour répondre à ces questions, ce que dit Phelps, célèbre chirurgien américain, qui opéra plusieurs luxations congénitales de l'épaule : « Une incision est portée parallèle au bord postérieure du deltoïde, et en lui donnant une légère courbure en bas et en

avant. Ainsi on fait un lambeau qui permet d'arriver facilement sur la tête de l'humérus. On incise la capsule de l'articulation et, dans le plus grand nombre des cas, la tête de l'os se trouve au dessous de l'épine de l'omoplate. Comme je l'ai déjà fait remarquer, la résection de la tête de l'os ne sera pas souvent nécessaire. Dans quelques cas on sera peut-être obligé de sculpter une nouvelle cavité glénoïde, mais cela me paraît une exception, si je peux en juger par les cas qui ont été opérés jusqu'à présent. En somme, je trouve que cette lésion, quand on ne peut la réduire et la maintenir réduite, ce qui est presque toujours le résultat, doit être opérée aussitôt que possible. De mon observation personnelle, je crois qu'il est nécessaire de réséquer un bon morceau de la capsule, suivie par une suture au catgut, car, dans presque tous les cas, on a noté un grand relâchement de la capsule».— Cumston déclare qu'il n'est pas nécessaire de suivre la technique ainsi tracée et prétend que s'il avait d'autres cas à opérer, il changerait de tactique et aborderait l'articulation par une incision antérieure.

Il est impossible en effet de donner une formule fixe de traitement, l'article sera ouvert par où l'incision semblera être la plus favorable. Ainsi dans la luxation congénitale postérieure, il nous semble qu'en attaquant par la face postérieure ou la face supérieure, on se procurera plus de facilité pour la conduite de l'opération. Quant à réséquer la tête, reformer une cavité

glénoïde, tout cela ne peut être jugé qu'au moment de l'opération.

Lorsque de cette manière la réduction sera parfaitement obtenue et bien maintenue, on fera exécuter au membre affecté des mouvements actifs et passifs ; on s'efforcera de ranimer la vigueur des muscles, de corriger les attitudes vicieuses prises par le malade, au moyen de la savante thérapeutique moderne qui comprend le massage, l'électricité, la gymnastique suédoise, l'hydrothérapie, toutes choses si utiles et si profitables auxquelles souvent on n'a pas assez recours.

OBSERVATION II

Luxation sous-acromiale congénitale.

Au mois de février dernier on m'amena un jeune garçon de 10 ans atteint, disait-on, d'une paralysie du bras droit qui datait de l'époque de la naissance et que les parents attribuaient aux violences que l'accoucheur avait exercé pour extraire l'enfant du sein de la mère. Je tiens les détails suivants relatifs à l'accouchement, de la grand'mère qui y assistait.

Le travail avait été très long. La tête se présentait dans la position du sommet, mais était volumineuse. L'accoucheur, après avoir appliqué le forceps, appuya son pied en arc-boutant sur le bord de la table sur laquelle il avait fait coucher la femme, et il exerça ainsi des tractions tellement énergiques qu'il entraîna à plusieurs reprises la patiente et deux personnes

qui la soutenaient. Après bien des efforts, la tête fut amenée au dehors. Je n'ai pu savoir s'il dégagea les épaules en introduisant un doigt recourbé en crochet dans l'aisselle ; toujours est-il que l'enfant était dans un état pitoyable ; il avait plusieurs plaies à la tête et une entre autres à la partie externe de l'orbite droit, où se voit encore une cicatrice et une dépression marquée. Néanmoins l'enfant se rétablit et dès les premiers jours qui suivirent la naissance la grand'mère en l'habillant remarqua que le bras droit, qui d'ailleurs était aussi bien développé que le gauche, était comme paralysé et n'exécutait aucun mouvement. Elle en fit l'observation au médecin qui ne prescrivit aucun traitement. Pendant les premières années les parents exercèrent beaucoup l'enfant à se servir du bras droit, de préférence au gauche. Ajoutons à ces antécédents que les parents sont d'une bonne constitution, n'ont aucun vice de conformation, et qu'aucun des membres de la famille n'est affecté de luxation congénitale.

Etat actuel. — L'enfant est bien développé, sa santé est excellente ; il habite la campagne et n'a jamais fait aucune maladie. Lorsqu'il est debout, le corps droit, les deux bras tombant le long du corps, on remarque que le moignon de l'épaule droite est moins développé, est plus bas, et est porté un peu plus en avant que celui de l'épaule gauche. L'humérus oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors, a subi sur son axe un mouvement de rotation en dedans ; d'où il résulte que le coude est écarté du corps de quatre travers de doigt, et que l'olécrane regarde directement en dehors, et la face palmaire de la main en arrière. L'avant-bras forme avec le bras un angle obtus d'environ 150 degrés. L'extension ne peut aller au delà. La moitié droite du thorax est un peu moins développée que la moitié gauche ; cependant comme la mensuration pratiquée au niveau des membres ne

donne qu'une différence de quelques millimètres, je crois que cette atrophie du côté droit est plus apparente que réelle. La colonne vertébrale ne présente qu'une légère incurvation dont la convexité est à gauche. L'angle inférieur de l'omoplate droite fait une saillie très marquée et son extrémité inférieure est située un peu plus haut que celle du côté gauche. Au dessous de l'épine de l'omoplate existe un méplat un peu plus prononcé qu'à gauche ; ce méplat au lieu de se terminer au dehors en se rapprochant de l'acromion par une surface plane, présente à son extrémité externe une saillie arrondie, formée par la tête de l'humérus.

Une ligne verticale, partant de l'angle postérieur de l'acromion, passe par le centre de cette saillie. Si on imprime à l'humérus des mouvements de rotation, ils sont peu sensibles, mais en appliquant la main sur la saillie décrite, on sent qu'on les lui communique. Si on palpe le bord antérieur et le bord externe de l'acromion, on ne trouve pas au dessous la tête de l'humérus, mais une dépression très marquée.

Si on examine l'enfant de face, on remarque que la face antérieure du moignon de l'épaule droite ne présente pas cette rondeur qu'on trouve du côté gauche, mais offre une dépression très sensible, indice certain de l'absence de la tête humérale ; le bras ayant subi sur son axe un mouvement de rotation en dedans, les fibres postérieures et moyennes du deltoïde sont obliques de haut en bas, d'arrière en avant. Ce muscle est d'ailleurs manifestement atrophié.

Le bras droit est moins développé ; mesuré à la partie moyenne, sa circonférence a 2 centimètres de moins que celle du bras gauche. Quant aux deux avant-bras, la différence est très peu sensible. Les deux bras placés dans une position semblable, les coudes également écartés du corps, la mensuration de l'angle postérieur de l'omoplate à l'épicondyle donne

pour le bras gauche 25 centimètres et pour le bras droit 23 centimètres.

Lorsqu'on cherche à imprimer des mouvements au bras on constate que tous ces mouvements se passent dans l'omoplate et non dans l'articulation scapulo-humérale. Il y a donc ankylose ; mais elle n'est pas encore tout à fait complète puisque, en fixant le scapulum, on peut encore imprimer à l'humérus de petits mouvements de rotation, mais, comme je l'ai dit, ils sont très limités. Quant aux mouvements que le malade peut exécuter lui même, ils sont assez étendus, à cause de l'extrême mobilité de l'omoplate. Ainsi il peut lever le coude en avant usqu'à la hauteur de l'œil ; il peut faire des mouvements d'abduction et d'adduction ; mais ces derniers ne sont jamais assez étendus pour permettre le rapprochement du coude contre le corps. Les mouvements de rotation sont impossibles, et le malade ne peut mettre la main en supination. La flexion de l'avant-bras se fait très bien sous l'influence des contractions du biceps. Il peut boutonner ses bretelles en arrière. Les mouvements de la main sont libres. Il est droitier. Son bras droit a presque autant de force que le gauche. Il bat à la grange, conduit une charrue, traîne une brouette, mais à cause de la rotation du bras en dedans, il est obligé de tenir les bras de la brouette avec la main droite en pronation, le petit doigt en avant, le pouce en arrière, et la face dorsale de la main en dedans. (Notta, *Revue médico-chirurgicale*, 1853).

OBSERVATIONS III, IV et V

Luxations sous-acromiales congénitales.

Dans la séance du 11 mars 1857, Chassaignac présenta à la

société de chirurgie deux jeunes enfants affectés de luxations incomplètes de l'humérus en arrière : dans l'un et l'autre cas l'accident fut attribué aux manœuvres de l'accouchement. Sur l'un des malades la luxation fut suivie de rétraction incomplète et de paralysie des muscles de l'avant-bras. Chez ces deux malades les symptômes étaient identiques. On trouvait à la partie postérieure de l'épaule sous l'acromion, une saillie formée par la tête de l'humérus, tandis qu'il existait un vide à la face antérieure. De ces signes Chassaignac conclut que dans ces cas la luxation était incomplète.

Il présenta en même temps un enfant qu'il avait amené dans une précédente séance avec une luxation semblable à celles décrites plus haut. La réduction avait été obtenue facilement. Cependant M. Giraldès ayant examiné le petit malade remarqua que la tête de l'humérus faisait encore un peu de saillie. (Thèse de Loignon, 1866).

OBSERVATION VI

Luxation humérale congénitale de la fosse sous-épineuse.

V. B..., âgé de 18 ans, porte depuis sa naissance la difformité suivante : luxation humérale en arrière dans la fosse sous-épineuse ; sa mère attribue sa lésion à des tractions trop violentes exercées sur le membre thoracique gauche lors de l'accouchement ; la chose nous paraît d'autant plus étonnante qu'il n'y eut rien de fait alors et depuis lors.

Voici dans quel état se trouvaient l'articulation et ses dépendances.

L'élévation du bras est limitée à celle d'une ligne passant

horizontalement au niveau du centre de l'articulation; l'extension n'est possible que dans ces limites et seulement en avant et en dehors; le malade ne peut se coiffer ni porter la main à la bouche; les mouvements de rotation et de circumduction sont très incomplets; l'épaule gauche est considérablement aplatie; on ne voit rien de la portion qui constitue le moignon; les piliers de la voûte axillaire sont affaîssés et la partie correspondante du thorax est plus élevée que la droite; le membre thoracique gauche est tenu habituellement dans la pronation; l'olécrane regardant directement en avant et en dehors. Il existe une légère courbure dorso-lombaire à convexité droite. On sent dans la fosse sous-épineuse la tête humérale; l'omoplate accompagne la tête humérale dans ses mouvements, ce qui s'explique par la fixité de la tête articulaire avec le scapulum. On sent facilement à travers le tégument et les parties molles atrophées, les contours de la cavité glénoïde. Lorsqu'on force l'adduction en portant parallèlement le bras au thorax, on trouve une certaine tension dans les muscles sus et sous-épineux. (Duval, *Revue des spécialités*, 1843, p. 227).

OBSERVATION VII

Luxation humérale congénitale dans la fosse sous-épineuse.

Mlle B..., avait, au dire de ses parents, l'épaule difforme au moment de sa naissance. Pendant son enfance, la difformité persista dans l'épaule; les mouvements étaient gênés; ceux de supination et de flexion de la main sur l'avant-bras ne pouvaient s'exécuter qu'avec une grande difficulté. M. Gaillard, de Poitiers, vit pour la première fois la jeune malade en 1836,

à l'âge de 16 ans. A cette époque, voici dans quel état il trouva l'épaule : la tête était saillante dans la fosse sous-épineuse où il était facile de la sentir ; l'épine de l'omoplate sur laquelle elle appuyait offrait une courbure anormale ; la tête était mobile et dans ses mouvements frottait contre une surface cartilagineuse ; la clavicule était courbée ; la voûte acromio coracoïdienne très peu prononcée, le deltoïde aminci et déprimé.

Le bras pouvait, par des tractions modérées, s'allonger de 40 millimètres ; la main est dans la pronation ; les mouvements de rotation sont impossibles.

Le 5 janvier 1837, M. Gaillard tenta la réduction de la manière suivante ; la malade était assise sur un tabouret, un coussin placé et maintenu dans l'aisselle par le lacs contre-extensif ; le lacs extensif fut placé à la partie inférieure du bras posé horizontalement ; l'extension est faite par un poids de 100 à peu près. Le premier jour, à deux reprises différentes, les efforts furent continués pendant 20 à 25 minutes sans réussir à maintenir complètement la tête qui était cependant déplacée.

Le 10 et 11 janvier les mêmes tentatives sont réitérées et abaissent l'humérus de près de 27 millimètres sans le réduire.

13 janvier, nouvelle tentative qui déplace la tête un peu plus que précédemment. A ce moment le chirurgien saisit fortement le bras qu'il abaissa d'une main, pendant que l'autre relevait la tête. Pendant qu'il exécutait ce mouvement, M. Gaillard sentit la tête de l'humérus franchir brusquement et avec bruit un obstacle. En examinant l'épaule il reconnut la tête sous l'acromion. le deltoïde soulevé, et il nota un allongement très marqué de plus d'un centimètre ; les mouvements communiqués au membre étaient plus étendus et moins douloureux ;

la faiblesse des muscles qui étaient atrophiés ne permettait pas à la jeune malade d'en exécuter elle-même de fort étendus.

Le jour même, la luxation qui avait été mal maintenue se reproduisit.

14 janvier, nouvelle réduction ; la luxation se reproduisit.

24 janvier, troisième réduction ; le bras est maintenu appliqué contre le tronc, le coude un peu en arrière, à l'aide d'une bande.

En mars, le bandage peut être enlevé ; la luxation ne se reproduisit point ; à partir du 15 mars jusqu'au 1^{er} décembre l'épaule devint le siège d'inflammations répétées.

En avril 1838, deux ans et quelques mois après la réduction. les mouvements étaient en grande partie rétablis, mais encore un peu douloureux, lorsqu'ils étaient prolongés.

En juillet 1839, M. Gaillard s'est assuré que la tête humérale était bien maintenue dans la cavité glénoïde.

(Gaillard. *Mémoire de l'Académie de médecine*, 1841. (1).

OBSERVATION VIII

Double luxation sous-acromiale congénitale.

La femme D..., 42 ans, aliénée depuis 15, sujette à des convulsions épileptiques, mourut dans un de ses accès, le 8 février 1839, à l'hôpital de Dublin. A l'autopsie, faite le lendemain, on trouva, comme cela s'observe souvent chez les idiots,

(1) Voir les détails de cette observation dans la thèse pour le professorat de Robert, 1851.

les circonvolutions cérébrales petites et atrophiées, les lobes antérieurs séparés par un intervalle de trois quarts de pouce de l'os frontal.

En examinant par hasard l'articulation scapulo-humérale gauche, je remarquai que la tête de l'humérus s'était déplacée sur la face dorsale de l'omoplate. Il en était de même de l'autre épaule. C'était donc une luxation congénitale double de la tête de l'humérus en arrière. Les deux épaules se ressemblaient tellement, non seulement sous le rapport de leurs caractères anatomiques, qu'il suffira d'en décrire une seule; l'apophyse coracoïde par suite du déplacement de la tête de l'humérus, formait, chez ce sujet très amaigri, une saillie remarquable; le muscle coraco-brachial et la courte portion du biceps passaient très obliquement en bas et en dehors.

Le bord antérieur du ligament coraco-brachial était fort saillant, ainsi que l'acromion, mais moins cependant que dans les luxations accidentelles de l'épaule. On ne pouvait sentir la cavité glénoïde, quoique la tête de l'humérus fût fort écartée de sa position naturelle.

L'épaule était plus haute qu'à l'état normal, elle était aplatie en avant, mais présentait en arrière une tumeur ronde, solide, constituée manifestement par une partie de la tête de l'humérus; cette tête, recevant tous les mouvements imprimés au corps de l'humérus, occupait la face dorsale de l'omoplate au dessous de l'acromion.

Le diamètre transversal de l'épaule était beaucoup plus grand qu'à l'état normal; la distance entre l'apophyse coracoïde et la surface externe de l'humérus était de trois pouces et demi. Le bras était dirigé obliquement en bas et en dedans, le coude en contact avec la paroi thoracique, la main et l'avant-bras en pronation.

En enlevant les muscles et en ouvrant l'articulation, on ne

trouvait pas trace de cavité glénoïde dans sa position naturelle, mais on voyait à la face externe du col de l'omoplate une cavité bien formée qui recevait la tête de l'humérus ; elle était de un pouce de large, un peu plus élargie en haut qu'en bas. Le sommet de cette cavité, éloigné de moins d'un quart de pouce de la face intérieure de l'acromion, dirigé en dehors et en avant était recouvert de cartilage et entouré d'un ligament glénoïdien parfait. De la partie interne de son extrémité supérieure partait le tendon du biceps, qui se portait très obliquement en bas et en dehors, pour se rendre à la coulisse bicapitale de l'humérus. Les surfaces de l'apophyse coracoïde, au lieu de se diriger comme dans l'état naturel, étaient tournées directement en haut et en bas. Le ligament capsulaire était parfait, tandis que l'omoplate était plus petite et ses muscles mal développés ; la tête de l'humérus à droite était ovale ou oblongue, un peu plus large en haut qu'en bas ; la moitié antérieure était seule en contact avec la cavité glénoïde ; cette portion de la tête était recouverte de cartilage, tandis que l'autre moitié était rugueuse, entièrement dépourvue de cartilage articulaire. Le bord interne de l'humérus, prolongé en haut, serait venu passer entre ces deux portions de la tête de l'os. La grosse tubérosité était normale, mais la petite, allongée, recourbée, formait une apophyse remarquable de un pouce de long et se trouvait semblable, en certaine manière, à l'apophyse coracoïde. A sa base elle avait une surface lisse, convexe, en forme de poulie, dans laquelle glissait le tendon du biceps. Cette disposition me rappela le passage des fibres postérieures du muscle temporal sur la poulie zygomatique.

A gauche la tête de l'humérus offrait un aspect parfaitement semblable ; seulement la petite tubérosité était moins grosse, mais présentait à sa base la même surface convexe pour recevoir le tendon du biceps.

Sans cette conformation de la petite tubérosité, le tendon, par suite de son trajet oblique aurait couru risque de glisser en bas de la coulisse bicipitale, ce qui ne pouvait avoir lieu par suite de cette hypertrophie qui nous paraît avoir été le résultat d'un travail subséquent à la luxation, qui nous semble congénitale. Cette opinion repose sur l'absence d'une cavité glénoïde dans sa position naturelle, sur la coexistence de cette difformité aux articulations homologues, sur la parfaite ressemblance dans la forme, les dimensions, la position des deux cavités anormales, sur l'intégrité du tendon du biceps, des ligaments capsulaires et des ligaments glénoïdiens, enfin sur la forme particulière que présentait la tête de l'humérus, semblable de chaque côté (Smith). (Thèse de Loignon, 1866).

OBSERVATION IX

Luxation sous-acromiale congénitale.

En mars 1857, un jeune garçon, nommé Th. B..., âgé de 6 ans, demeurant boulevard de Vaugirard n° 21, s'est présenté pour être traité d'une paralysie congénitale du membre supérieur droit. Les mouvements de ce dernier étaient en effet tellement gênés depuis sa naissance, qu'il ne pouvait s'en servir. Tous les muscles répondaient normalement à l'excitation électrique. Son épaule droite était déformée ; l'attitude du membre supérieur de ce côté était anormale. On remarquait sur la face postérieure du moignon de l'épaule, un peu au dessous de l'angle postérieur de l'acromion, un relief arrondi, qui indiquait dans ce point la présence de la tête de l'humérus, ce que du reste l'on reconnaissait parfaitement par le toucher. En avant,

Le moignon de l'épaule offrait une dépression sous-acromiale légère, mais sans relief apparent de l'apophyse coracoïde, et l'on ne retrouvait plus la tête de l'humérus dans sa place normale. Cette tête de l'humérus paraissait être à cheval sur le bord postérieur de la cavité glénoïde. Elle n'était certainement pas dans la fosse sous-épineuse, chose que l'on s'explique difficilement ; mais ce qui est incontestable, c'est qu'elle était restée ainsi incomplète pendant six ans. Le coude porté un peu en avant était écarté du corps et ne pouvait en être rapproché. Ces tentatives provoquaient la douleur. L'humérus était maintenu dans sa rotation en dedans, et l'on ne pouvait lui imprimer le moindre mouvement en sens contraire, sans arracher des cris à l'enfant. L'avant-bras était un peu fléchi sur le bras, sans que l'on put l'étendre complètement. Les mouvements volontaires du bras étaient faibles et limités comme ceux de l'avant-bras. (Duchenne de Boulogne Thèse de Loignon, 1866).

OBSERVATION X

Luxation sous-acromiale congénitale.

M^{lle} P..., âgée de 10 ans, est adressée au mois de juillet 1863 à M. le docteur Duchenne, comme atteinte de paralysie atrophique de l'enface : Les mouvements du membre supérieur étaient gênés depuis la naissance. Les parents racontent que l'accouchement a été laborieux, que pour extraire l'enfant il avait fallu exercer des tractions longues et énergiques à l'aide d'un crochet introduit sous l'aisselle droite. Les divers mouvements des doigts, ceux d'extension et de flexion de la main sur l'avant-bras s'exécutent mais avec une certaine faiblesse.

L'épaule droite était déformée et ses mouvements volontaires impossibles. Sur la face postérieure du moignon de l'épaule, un peu au dessous de l'angle inférieur de l'acromion, on remarquait une tumeur arrondie que la palpation faisait reconnaître pour la tête de l'humérus. En avant, l'épaule présentait une dépression légère au dessous de l'acromion et on y retrouvait pas la tête de l'humérus dans sa position normale ; comme du côté gauche ; la tête humérale paraissait à cheval sur le bord postérieur de la cavité glénoïde. L'épaule était plus élevée que du côté opposé : le coude était porté un peu en avant et en dedans, et ne pouvait être rapproché du corps ; l'humérus était maintenu dans la rotation en dehors ; l'avant-bras un peu fléchi sur le bras, restait, ainsi que la main, dans l'attitude de la pronation. L'examen électro-musculaire de tous les muscles du membre et des différents moteurs de l'épaule permettait de constater une entière contractilité électrique excepté dans le deltoïde où on ne la retrouvait plus et dans le biceps où elle était affaiblie. (Duchenne fils : thèse de Loignon, 1866).

OBSERVATION XI

Luxation sous-acromiale congénitale.

M^{lle} M. X., est âgée de 6 ans, d'une constitution moyenne. La mère raconte qu'elle l'a mise au monde après un accouchement des plus laborieux ; bien que l'enfant se présentât par la tête on dut pratiquer des manœuvres violentes pour faciliter son extraction. Trois jours après la naissance, les parents remarquèrent que le bras droit était privé de mouvements, le coude écarté du corps et l'avant-bras demi-fléchi. La petite malade

fut présentée à un chirurgien qui pensa qu'elle était atteinte d'une paralysie des muscles de l'épaule et prescrivit des frictions stimulantes. Mais aucune amélioration ne se manifesta; chaque jour au contraire le bras s'émaciait davantage et l'épaule devenait plus difforme. Depuis cette époque plusieurs médecins ont vu M^{lle} M. X..., et divers traitements ont été mis en pratique avec plus ou moins de succès.

Voici quel est aujourd'hui l'état de la jeune malade :

On est d'abord frappé par la déformation de l'épaule qui n'est point arrondie comme celle du côté opposé; elle est légèrement aplatie en avant, tandis qu'en dehors l'acromion fait une saillie bien marquée. En arrière, sous l'angle postérieur de l'omoplate, on trouve une autre saillie, mais peu apparente, et appréciable seulement au toucher. Le deltoïde est atrophié à moitié ainsi que les sus et sous-épineux et les muscles du bras; ceux de l'avant-bras ont à très peu de choses près leur volume ordinaire. Le membre malade est légèrement écarté du tronc, dans la rotation en dedans, le coude porté en avant. L'avant-bras est fléchi sur le bras, L'enfant peut exécuter certains mouvements, mais ils sont très bornés; elle peut à peine élever la main jusqu'à son front.

On voit alors le scapulum exécuter une sorte de rotation qui éloigne son angle inférieur de la colonne vertébrale. Si on imprime au bras des mouvements passifs, de peu d'étendue, l'omoplate obéit à tous ces mouvements comme s'il existait une soudure entre cet os et l'humérus. Quand on applique les doigts sur la saillie que j'ai indiquée sous l'angle postérieur de l'acromion, on trouve l'extrémité humérale qui a une forme aplatie, un peu ovale, et paraît appliquée sur le rebord glénoïdien. Les mouvements imprimés au membre sont transmis à cette portion de l'os, mais on constate facilement que le

jeu en est restreint par les adhérences qu'il a contractées sur l'omoplate.

J'ai cherché à atteindre la cavité glénoïde et j'y suis arrivé facilement grâce à l'atrophie des parties molles. Il m'a semblé que cette cavité n'était point vide mais contenait un corps dur, arrondi, sur la face postérieure duquel était appuyée l'extrémité humérale déplacée ; toutes ces parties paraissaient confondues et donnaient la sensation d'un gros cal difforme.

(Duchenne fils. Thèse de Loignon, 1866).

OBSERVATION XII

Luxation sous-acromiale congénitale.

P. H., un petit garçon, âgé de cinq ans, fut amené à ma clinique en avril 1900 avec un diagnostic de paralysie congénitale du bras droit. La mère et le père sont bien portants, ainsi que deux autres enfants, une sœur plus âgée et un frère plus jeune que notre malade. La mère a remarqué quelques jours après la naissance de l'enfant que le bras droit paraissait flasque, que l'enfant ne le bougeait pas et qu'il pendait à côté du tronc

Le médecin de la famille consulté à propos du bras ne paraît pas avoir fait grande attention et n'a fait aucun examen du membre au dire de la mère ; il a simplement ordonné que le bras fut retenu dans une écharpe.

Au point de vue des antécédents héréditaires, on ne trouve aucun indice de syphilis, de tuberculose, ni l'existence de malformations quelconques dans aucun membre de la famille. Le père et la mère sont des gens travailleurs et ne se livrent à

aucun excès ; ils sont tous deux bien portants et n'ont jamais eu de maladies sérieuses aiguës ou chroniques.

Le malade est né à terme ; l'accouchement fut en somme rapide ; l'enfant était très bien conformé à sa naissance, mais deux ou trois jours plus tard la mère remarqua une attitude vicieuse du bras droit ; ceci consistait en une tendance du bras à se porter en rotation interne ; le coude était écarté du thorax et la main reposait par sa face dorsale contre la partie externe de la cuisse. Quand on saisissait la main et quand on relevait le membre, il retombait inerte dans son attitude première. Quand on bougeait le membre supérieur, l'enfant restait parfaitement tranquille, ne montrant aucun signe de douleur. On remarquait aussi que l'enfant bougeait les autres membres et que le bras et l'avant-bras droits n'étaient doués d'aucun mouvement spontané.

L'enfant grandit et se développa bien ; les mouvements du bras droit se sont améliorés, quoiqu'ils restassent toujours très limités ; pourtant l'avant-bras, le poignet et la main ont un assez bon fonctionnement au point de vue des mouvements.

A présent l'enfant ne peut pas relever le bras jusqu'à l'épaule opposée, ni porter la main à sa bouche ; l'enfant ne s'est jamais plaint de phénomènes douloureux dans l'épaule droite.

A l'examen, je constate un enfant bien conformé ; pas de trouble de la marche ; rien à noter du côté du bras et de l'épaule gauche qui se trouvent parfaits au point de vue anatomique et fonctionnel.

A l'inspection du membre malade on constate une inégalité frappante entre la conformation du côté gauche qui est sain et celle du côté droit malade.

La face antérieure de l'épaule droite n'est plus globuleuse ni arrondie comme elle doit être à l'état normal. L'épaule semble moins large et la distance qui sépare l'extrémité interne

de la clavicule et la saillie du moignon et l'épaule est au moins de deux centimètres plus courte que du côté normal.

Ainsi la hauteur de l'aisselle est aussi diminuée d'environ un centimètre et demi, et le creux sous claviculaire est plus marqué que du côté malade.

En regardant le malade par sa face postérieure, on remarque que la pointe des deux omoplates fait une projection très nette en arrière et il existe en même temps une légère élévation de la pointe de l'omoplate du côté malade. A cause de son ascension, l'omoplate du côté malade paraît atrophiée, mais c'est seulement une illusion, car, en prenant la mesure des deux côtés, on trouve que l'os du côté malade est égal à celui du côté gauche dans les deux diamètres vertical et horizontal.

Lorsqu'on imprime des mouvement au bras droit, on remarque qu'ils se transmettent dans une grande étendue à l'omoplate. A la partie postérieure de l'épaule, on voit une saillie anormale exactement au dessous de la base de l'acromion.

Quand le membre du côté malade est livré à lui-même en repos, l'enfant étant debout, on remarque que le bras est pendant le long du corps en abduction légère, le coude écarté du tronc. Le membre est en rotation interne assez marqué.

La palpation permet de délimiter assez bien l'extrémité externe de la clavicule et de l'acromion. Un peu en avant et au dessous de la voûte acromio-claviculaire, on peut sentir une saillie osseuse, qui donne l'idée de la forme de l'apophyse coracoïde. Au niveau de la saillie postérieure les téguments sont soulevés par une saillie osseuse de forme globuleuse qui participe dans les mouvements imprimés à l'extrémité inférieure de l'humérus ; c'est bien la tête de l'humérus reconnue à sa forme et à son volume ; l'absence des os dans la région de la

cavité glénoïde est bien marquée; il me semble que le caractère distinctif entre la luxation traumatique et la luxation congénitale vraie réside dans le fait que dans la variété congénitale il y a toujours un arrêt de développement des os qui entrent dans la formation de l'articulation.

La sensibilité est parfaitement conservée dans tout le membre malade et, quoique le bras et l'avant-bras soient quelque peu moindres en circonférence que du côté gauche, cependant il n'existe aucun trouble trophique. Le battement des deux radiales est synchrone et de force égale des deux côtés.

L'examen électrique a montré une parfaite conservation de l'excitabilité musculaire au courant faradique et galvanique et il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Maintenant les mouvements que l'enfant peut faire avec son bras sont comme suit; l'abduction est possible jusqu'à un certain point, mais l'enfant ne peut pas projeter le bras en arrière; il ne peut pas lever la main jusqu'au menton

Je porte le diagnostic de luxation congénitale et conseille une intervention chirurgicale que les parents acceptent.

L'opération fut pratiquée deux jours plus tard et j'ai choisi la technique décrite par le docteur A.-M. Phelps, de New-York pour attaquer l'articulation scapulo-humérale (1).

Après que j'arrive sur l'articulation, j'ouvre la capsule et j'explore la cavité glénoïde que je trouve en parfait état. J'insiste sur ce point que les parties entrant dans la formation de l'articulation de l'épaule se trouvaient à l'état normal, quoiqu'elles n'étaient pas aussi développées que normalement, parce que M. Phelps conseille d'enlever toujours au moins deux tiers de la tête de l'humérus. Cette résection est au moins inutile dans tous les cas, parce que je n'ai trouvé aucune

(1) Voir cette description à l'article traitement.

difficulté à mettre la tête humérale dans la cavité glénoïde et M. Eve (de Londres) rapporte aussi un cas où la réduction de la luxation fut facile, une fois la capsulè incisée.

J'ai excisé à peu près 3 centimètres de la capsule articulaire qui se trouvait trop lâche, et, une fois la réduction faite, j'ai fermé la capsule ainsi rétrécie avec du catgut fin. L'incision cutanée fut fermée par quelques points aux crins de Florence.

Le membre fut mis dans un appareil plâtré avec le coude bien en arrière et l'avant-bras à angle droit avec le bras. L'appareil fut laissé en place pendant trois semaines et à ce moment on trouva la plaie en parfait état. Le massage et l'électricité complétèrent la guérison.

Actuellement, c'est-à-dire quatorze mois après, les mouvements du bras droit sont à peine plus difficiles que ceux du bras gauche. En somme, résultat plus que satisfaisant. (Cumston. *Archives provinciales de chirurgie*. Paris, 1903. XII, p. 231.)

OBSERVATION XIII

Luxation sous-acromiale congénitale.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre. Un enfant vint au monde avec un bras infirme ; croyant à un emmaillotement défectueux, je porte le diagnostic de contusion du bras, que j'abandonne bientôt en raison de la rotation interne du bras et de la pronation permanente de l'avant-bras ; cet enfant portait une luxation sous-acromiale survenue probablement avant l'accouchement, car il n'y avait aucune ecchymose. (Tillaux. *Leçons de clin. chir.*.)

OBSERVATION XIV

Luxation sous-épineuse congénitale.

Durant le mois d'avril 1895, J...A., de San Francisco amena un petit garçon à ma consultation. Après examen je trouvai que la tête de l'humérus était luxée en arrière sous l'épine de l'omoplate. La mère me déclara que ce fait existait depuis la naissance. L'enfant était âgé de 8 ans ; il lui était impossible de porter la main à la bouche, et le bras était en rotation interne, la paume de la main en arrière. Le pouvoir de rotation du bras, afin de placer la main en supination, était impossible ; le mouvement de l'articulation de l'épaule était absolument nul, celle-ci se mouvant avec le bras. La mère avait consulté plusieurs chirurgiens.

Finalement, à ma consultation avec le docteur Gibney et le docteur R. T. Morris, nous décidâmes l'opération selon la technique qui m'est habituelle. Je fis une incision courbe sous la tête de l'os, suivant le bord postérieur du deltoïde, je rejetai en bas le lambeau, coupai le bord du deltoïde, incisai la capsule et mis à jour le bout de l'humérus. A l'aide de mon doigt, je sentis que le bord postérieur de la cavité glénoïde était absent, et par conséquent qu'il avait été rompu ; la cavité ne possédait plus alors que les $\frac{2}{3}$ de ses dimensions. Je coupai une portion de l'extrémité de l'humérus et l'arrondit de façon à ce qu'il s'adapte à la cavité originelle. Alors tout autour je disséquai une partie de la capsule qui dépassait et reséquai la nouvelle articulation formée par la tête de l'os. La capsule fut ensuite cousue avec le tendon glénoïdien et enfin un drainage

fut établi. Je revis le malade quand la blessure fut entièrement cicatrisée à la fin d'une semaine. L'état était très satisfaisant. (Phelps. Report of a case of congenital dislocation of the shoulder bakward. *Tr. Am. Ass Phil.* 1895, vol. VIII, p. 239).

OBSERVATION XV

Luxation sous épineuse congénitale.

Un enfant âgé de 7 ans est le troisième de quatre et présente comme son frère, qui est le second, une luxation congénitale. Chez cet enfant qui nous intéresse et qui est celui atteint d'une luxation postérieure on remarque que l'épaule droite attire l'attention.

Le coude du même côté est en abduction; l'avant-bras est légèrement fléchi; le bras est fortement en rotation interne, de telle sorte que le condyle interne regarde en arrière et en dehors, l'olécrane en dehors et en avant.

La tête de l'humérus est placée sous le tiers externe de l'épine de l'omoplate, un peu en arrière de l'acromion. Les mouvements volontaires sont limités. La cavité glénoïde peut être sentie; l'épaule est étroite, l'articulation acromio-claviculaire est très proéminente du côté droit, l'apophyse coracoïde est visible à droite à proximité de l'acromion qui est petit. La colonne vertébrale est légèrement infléchie à gauche dans la région dorsale, mais il n'y a pas de rotation des vertèbres.

Au courant galvanique on ne constate pas grande différence avec le côté gauche. Pas de réaction de dégénérescence. Le fait principal à noter est la coexistence d'une lésion d'ordre

semblable chez un de ses frères. (Sküdder. *Archives of pediatrics*, 1890, VII, p. 260.)

OBSERVATIONS XVI ET XVII

Luxations congénitales sous-épineuses.

Brinsmade et Bogart dans le *Journal médical de Broocklyn*, 1898, t. XII, citent deux cas de ce genre chez des enfants d'environ 10 ans sans traumatisme d'accouchement.

OBSERVATION XVIII

Luxation congénitale sous-acromiale.

Nous avons eu l'occasion d'observer une luxation congénitale de l'épaule droite, de la variété sous-acromiale, chez une jeune fille de 14 ans. Chez elle, le membre en totalité était atrophié et plus court que celui du côté opposé. Les mouvements de l'épaule et en particulier les mouvements d'élévation étaient très incomplets (Kirmisson).

OBSERVATION XIX

Luxation congénitale sous-épineuse.

M. Picot, de Bordeaux, rapporte dans sa thèse de 1901, un cas de luxation sous-épineuse, de laquelle il donne des dé-

tails très complets. La malade était une jeune fille de 10 ans, L.. Rachel, présentée à l'hôpital des Enfants de Bordeaux. Chez elle pas d'antécédents, ni héréditaires, ni personnels; mais couches très laborieuses de la mère : le travail fut long et pénible, nécessitant trois applications de forceps.

M. Picot ne la range pas parmi les luxations obstétricales. Nous ne partageons pas son avis, car d'après l'observation, seules, les violences subies pendant la délivrance de l'enfant peuvent être invoquées comme étant la cause de l'affection.

OBSERVATION XX

Luxation congénitale sus-épineuse

Nous trouvons cette curieuse observation dans la thèse de M. Picot également. Cette observation fut constatée chez un enfant de 11 mois, par Berta Lewis, qui s'exprime en ces termes : « Le travail fut long et difficile ; il fallut une application de forceps pour extraire la tête de l'enfant. L'extraction des épaules fut laborieuse, difficile, et nécessita l'emploi d'une certaine pression sur l'enfant..., etc. » Puis plus loin : « En résumé, c'est un cas aussi rare qu'intéressant et instructif. Je n'ai pu trouver aucun cas de luxation sus-épineuse congénitale. Des gens plus autorisés assurent que ces prétendus cas de luxations ont été des fractures des épiphyses ; mais nous sommes certains que nous avons affaire à un cas de luxation sus-épineuse de l'épaule droite, puisque la tête de l'os était nettement placée au dessus de l'épine de l'omoplate et que, si c'eût été une fracture ou un décollement épiphysaire, la réduction n'aurait pu s'opérer si facilement (Lewis. *Med. News*, 16 fév. 1895.)

CONCLUSIONS

I. — La luxation congénitale postérieure de l'épaule est une affection très rare, atteignant de préférence le sexe féminin.

II. — Elle est moins fréquente que la luxation congénitale antérieure.

III. — Elle présente trois variétés qui sont, par ordre de fréquence : la sous-acromiale, la sous-épineuse et la sus-épineuse, cette dernière étant tout à fait exceptionnelle.

IV. — Elle est due à deux causes principales, soit à un vice de conformation (hérédité, syphilis) soit à un traumatisme (intra-utérin ou obstétrical) intéressant une articulation scapulo-humérale préparée à cette affection par des conditions prédisposantes ou adjuvantes.

V. — Les luxations dites obstétricales tiennent le premier rang dans les déplacements congéniteux postérieurs.

Par une thérapeutique précoce et bien réglée, on peut obtenir dans cette affection une amélioration très manifeste et parfois une guérison complète.

Vu : le Doyen,

Vu : le Président,

DEBOVE.

P. BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

.....

- Gaillard.* — Mémoires de l'Académie de médecine, 1841.
- Guérin* (Jules). — Bureau de la Gazette médicale, 1841.
- Duval.* — Revue des spécialités, 1843, p. 227.
- Bouteiller.* — Société anatomique, 1849.
- Robert.* — Vices congénitaux de conformation des articulations, thèse professorat. Paris, 1851.
- Notta.* — Revue médico-chirurgicale, 1853.
- Malgaigne.* — Traité des fractures et des luxations, p. 569.
- Gruveilhier.* — Anatomie pathologique, t. I, p. 475.
- Nélaon.* — Elem. pathol. chirurg., t. II, p. 514.
- Loignon.* — Luxations congénitales de l'épaule, Thèse, Paris, 1866.
- Petit.* — Luxations scapulo-humérales en arrière. Thèse, Paris, 1877-78.
- Renault.* — Luxations sous-épineuses. Thèse, Paris, 1877-78.
- Martin.* — Luxations de l'épaule, paral. du membre sup. Thèse, Paris, 1881-82.
- Cumston.* — Archives provinciales de chirurgie, Paris, 1903, XII, p. 231.
- Tillaux.* — Leçons de clinique chirurgicale.

Phelps. — Report of a case of congenital dislocation of the shoulder backward. *Tr. am. ass. phila.*, 1895, VIII, p 239.

Sküdler — *Archives of pediatric*, 1890, VII, p 260

Brinsmade et Bogart. — *Journal médical de Broocklyn*, 1898, t. XII.

Kirmisson. — *Traité des maladies chirurg d'origine congénitale.*

Picol. — *Luxation congénitale de l'épaule.* Thèse de Bordeaux, 1900-01.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

